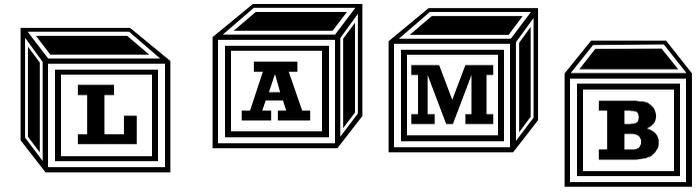


Calendario de LAMB

2003							2004							2005																																																																							
January			July				January			July				January			July																																																																				
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S																																												
5	6	7	8	9	10	11	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	9	9	10	11	12	13	14	15	10	11	12	13	14	15	16	16	17	18	19	20	21	22	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	28	29	24	25	26	27	28	29	30	30	31
February							August							February							August																																																																
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S																																					
2	3	4	5	6	7	8	3	4	5	6	7	8	9	8	9	10	11	12	13	14	8	9	10	11	12	13	14	6	7	8	9	10	11	12	7	8	9	10	11	12	13	13	14	15	16	17	18	19	14	15	16	17	18	19	20	20	21	22	23	24	25	26	21	22	23	24	25	26	27	27	28														
March							September							March							September																																																																
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S																																					
2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13	7	8	9	10	11	12	13	5	6	7	8	9	10	11	6	7	8	9	10	11	12	4	5	6	7	8	9	10	13	14	15	16	17	18	19	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																	
April							October							April							October																																																																
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S																																					
6	7	8	9	10	11	12	5	6	7	8	9	10	11	4	5	6	7	8	9	10	3	4	5	6	7	8	9	3	4	5	6	7	8	9	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29									
May							November							May							November																																																																
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S																																					
4	5	6	7	8	9	10	2	3	4	5	6	7	8	2	3	4	5	6	7	8	7	8	9	10	11	12	13	8	9	10	11	12	13	14	13	14	15	16	17	18	19	13	14	15	16	17	18	19	15	16	17	18	19	20	21	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																			
June							December							June							December																																																																
S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S	S	M	T	W	T	F	S																																					
8	9	10	11	12	13	14	7	8	9	10	11	12	13	6	7	8	9	10	11	12	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	11	12	13	14	15	16	17	19	20	21	22	23	24	25	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31																							



Encuesta de Mamás y Bebés en Los Ángeles

Una Encuesta de la salud de Mamás y Bebés en Los Ángeles

2004-2005

Para mas información, por favor llame el proyecto de LAMB al
213-639-6452

Apreciamos su ayuda

Los Angeles County Department of Health Services
• Maternal, Child, and Adolescent Health Programs •

STAFF USE ONLY:

ID: _____

Date Received: ____/____/____

Date Entered: ____/____/____

Missing questions: _____

Need to telephone: ____ Yes ____ No Phone number: _____

Comments: _____

Información Importante Sobre LAMB

Por Favor Lea Antes de Comenzar la Encuesta

- LAMB (Los Ángeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Angeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Angeles.
- Estamos preguntando a mujeres que viven en Antelope Valley que contesten las mismas preguntas. Todos sus nombres fueron seleccionados al azar por computadora de una lista de actas de nacimiento recientes.
- Tomará unos 30-60 minutos para contestar todas las preguntas.
- No hay riesgos en tomar esta encuesta. Algunas de las preguntas pueden ser delicadas, como las que tienen que ver con el uso de cigarrillos o de bebidas alcohólicas durante el embarazo.
- Si usted no desea completar la encuesta, o si usted no desea contestar a una pregunta, esta bien. No hay sanciones ni pérdida de beneficios por no contestar algunas o todas las preguntas. Si decide contestar la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación.
- Tiene la opción de completar la encuesta. El completar la encuesta, no afectará su cuidado médico, estado de inmigración, o cual quiera ventajas que usted pueda recibir.
- Si decide contestar la encuesta, sus respuestas se mantendrán en privado hasta donde lo permita la ley, y sólo se usarán para fines de investigación.
- Nadie será identificado por nombre en los informes de LAMB. El número del formulario nos permite saber que usted ha regresado su encuesta.
- Sus respuestas se agruparán con las de otras mujeres. Lo que aprendamos de LAMB será utilizado para planificar programas que se brindaran a las madres y los bebés de Los Ángeles.
- Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante en este estudio, por favor llame a Pat Young al (213) 639-6452.

Preguntas Más Comunes Sobre LAMB

¿Qué es LAMB?

LAMB (Los Ángeles Mommy and Baby Survey) o La encuesta de Mamás y Bebés en Los Angeles es un proyecto de investigación patrocinado por el Programa de Salud de Madres, Niños y Adolescentes (MCAH) del Departamento de Servicios de Salud del condado de Los Angeles. Nuestra encuesta hace preguntas a nuevas madres acerca de las cosas que sucedieron alrededor de la época de su embarazo. Sus respuestas nos ayudarán a aprender más sobre maneras de mejorar la salud de futuras madres y bebés.

¿Serán confidenciales mis respuestas?

Sí: todas las respuestas son completamente confidenciales y se agruparán para darnos información sobre todas las madres de nuevos bebés en el condado de Los Ángeles. Ninguna respuesta será conectada directamente con usted.

¿Por qué debería participar en esta encuesta?

LAMB es una encuesta muy importante que ayudará a mejorar la salud de futuras madres y bebés. La encuesta nos ayudará a entender y a resolver mejor las necesidades de la salud de madres y bebés del condado de Los Ángeles. Sus respuestas nos ayudarán a mejorar los servicios para mujeres, infantes, y familias. Para entender mejor la salud de madres y bebés en el condado de Los Ángeles, necesitamos que cada madre seleccionada conteste a las preguntas.

¿Algunas de las preguntas no parecen ser relacionadas con el embarazo—Por que son preguntadas?

Hay muchas cosas en la vida que pueden afectar el embarazo. Estas preguntas se hacen para obtener una imagen completa de las cosas que sucedieron antes y durante el embarazo. Las preguntas también nos permiten que le agrupemos con otras mujeres. Aunque algunas de las preguntas pueden ser personales, recuerde por favor que todas sus respuestas serán mantenidas privadas.

¿Cómo fui escogida para participar en LAMB?

Su nombre fue seleccionado por azar, como en la lotería, de las actas de nacimiento del registro del estado. Usted es parte de un pequeño grupo de mujeres escogidas para ayudarnos con este estudio.

¿Recibiré los resultados de la encuesta?

Si usted quisiera que le enviáramos los resultados de la encuesta, por favor díganos en la parte posterior de la encuesta.

¿Qué puedo hacer si tengo más preguntas acerca de LAMB?

Sería un placer contestar a cualquier otra pregunta que usted pueda tener sobre LAMB. Llámenos por favor en nuestro número gratis (213) 639-6452. También puede llamar al mismo número si prefiere completar el cuestionario por teléfono.

La fecha de hoy

____ / ____ / ____
mes día año

Fecha de nacimiento

____ / ____ / ____
mes día año

Primero, quisiéramos hacerle algunas preguntas acerca del tiempo ANTES de su embarazo más reciente. Por favor responda a las preguntas 1-19 en esta encuesta.

1. ¿Antes de su embarazo más reciente, tenía usted seguro de salud médico?

Si..... 1

CONTESTE LA PREGUNTA #2

No 2

PASE A LA PREGUNTA #3

2. ¿Antes de su embarazo más reciente, qué tipo de seguro médico tenía?

Medi-Cal 1

Otros programas del gobierno..... 2

Blue Cross/Blue Shield..... 3

Compañía de seguro privado 4

Kaiser..... 5

Otro Plan de Asistencia

Médica (HMO) 6

3. Antes de su embarazo más reciente, ¿había algún doctor, enfermera o clínica en particular al que generalmente iba (o hubiera ido) si se sentía mal o necesitaba un examen médico?

Si..... 1

CONTESTE LA PREGUNTA #4

No 2

PASE A LA PREGUNTA #5

4. ¿A qué tipo de lugar fue usted más seguido? MARQUE SOLAMENTE UNA RESPUESTA.

Oficina de médico privado/
Kaiser/otro Plan de Asistencia

Médica (HMO)..... 1

Clínica /centro de salud 2

Cuidado urgente 3

Sala de emergencia 4

Otro lugar 5

(Por favor díganos: _____)

Ningún lugar en particular 6

No sé..... 7

**** AHORA PASE A LA PREGUNTA #6****

5. ¿Cual es la razón principal que usted no tenía un lugar donde ir a recibir cuidado médico? MARQUE UNA RESPUESTA SOLAMENTE.

Raramente o nunca me enfermo 1

Se movió recientemente

en el área 2

No sabía a dónde ir para

el cuidado médico 3

Lugar donde frecuentemente iba en

esta area no estaba disponible 4

No pude encontrar un doctor

quien hable mi idioma 5

Me gustan diferentes lugares

para mis necesidades

de asistencia médica 6

Ningún seguro

o cancelación de seguro 7

No utilizo doctor /

me cure a mi misma..... 8

Costo de asistencia médica 9

Otra razón 10

(Por favor díganos: _____)

No sé..... 11

84. ¿En cual tipo de vivienda vive usted?

- En una casa1
- En un apartamento2
- En una casa móvil.....3
- En una vivienda publica/
Vivienda de Sección 84
- Otro5
(Por favor díganos: _____)

85. ¿Incluyendo usted, cuántas personas viven en su casa, apartamento, o casa móvil

_____ número total de personas

86. ¿Quién vive en su casa, apartamento, o casa móvil (no incluyendo su nuevo bebé) PONGA UN CIRCULO ALREDEDOR DE TODAS LAS RESPUESTAS QUE SE APLIQUEN.

- Marido o pareja1
- Otros niños.....2
(Por favor díganos sus edades: _____)
- Madre/suegra o suegro.....3
- Hermana o hermano4
- Abuela o abuelo5
- Otro6
(Por favor díganos: _____)

87. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en **2003 antes de pagar impuestos**? Por favor, encierre el numero que incluya todos los ingresos de su hogar, incluyendo sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2003) y los de sus hijos.

Por favor, incluya todos sus ingresos, incluyendo los provenientes de su empleo, bienestar social (welfare), Seguro de Incapacidad, Seguro de Desempleo, pagos para la manutención infantil (“child support”), intereses, dividendos, y ayuda de familiares.

- Menos de \$10,000..... 1
- \$10,000-\$19,999 2
- \$20,000-\$29,999 3
- \$30,000-\$39,999 4
- \$40,000-\$49,999 5
- \$50,000-\$75,000 6
- Más de \$75,000..... 7

88. ¿Cuántas personas vivieron con estos ingresos en **2003**?

_____ número total de personas

14. En los **tres meses antes** de embarazarse, ¿tuvo cualquiera de los siguientes problemas de salud? Para cada pregunta, circule **Sí** si le sucedió o **No** si no le sucedió.

Si No

- a. Asma..... 12
- b. Presión arterial alta
o hipertensión..... 12
- c. Nivel de azúcar alto o diabetes . 12
- d. Anemia, falta de hierro 12
- e. Anemia de células falciformes... 12
- f. Problemas cardíacos..... 12

15. Las preguntas siguientes son sobre acontecimientos que le pudieron haber sucedido durante su embarazo más reciente. *Puede ayudarle a mirar el calendario en la parte posterior de la encuesta cuando usted contesta a estas preguntas.*

Si No

- a. Usted se movió o buscó un nuevo hogar 12
- b. Alguien importante a usted se movió de su hogar 12
- c. Alguien se movió a vivir con usted 12
- d. Usted vivió aparte de su marido o pareja debido a trabajo, viajes u otras razones practices 12
- e. Alguien importante para usted con excepción de su marido o pareja se movió así que usted no ve esa persona como antes 12

Si No

- f. Usted se casó o comenzó a vivir con alguien como si estuviera casada.....1.....2
- g. Usted tenía responsabilidades adicionales del hogar o de la familia tales como cuidar de un relativo más viejo o el niño de alguien ...1.....2
- h. Usted tenía presiones o conflictos inusualmente grandes en el trabajo1.....2
- i. Usted tenía presiones financieras o apuros inusuales con el dinero1.....2
- j. Le asaltaron o fue robada.....1.....2
- k. Perdió su casa, carro, u otra cosa importante a usted1.....2
- l. Alguien cercano e importante a usted murió1.....2
- m. Usted estuvo en un huracán, fuego, u otro desastre mayor.....1.....2
- n. Usted sintió discriminación o hostigamiento debido a su raza o porque usted es una mujer1.....2
- o. Usted estuvo en un accidente serio de vehículo de motor1.....2
- p. Usted tenía problemas serios en su relación sexual1.....2
- q. Usted fue amenazada con daño físico por cualquier persona.....1.....2
- r. Fue despedido o perdió su trabajo1.....2
- s. Busco trabajo por 3 semanas o más1.....2
- t. Tenía apuro con el Departamento de Servicios Sociales.....1.....2

Gracias por terminar la última sección. En la próxima sección, queremos saber las cosas que pudieron haber sucedido DESPUÉS de su embarazo. Por favor, conteste las preguntas 68-76.

68. Desde que nació su último bebé, ¿se había hecho un chequeo posterior al parto? (Un chequeo posterior al parto es un chequeo normal que se les hace a las mujeres después de dar a luz.)

Si.....1
CONTESTE LA PREGUNTA #69

No2
PASE A LA PREGUNTA #70

69. En esa consulta, ¿le habló el doctor, la enfermera u otro trabajador de atención médica sobre la planificación familiar o de los métodos anticonceptivos?

Si.....1
No2

70. En los meses después que nació su nuevo bebé, se sentía

Absolutamente no deprimida.....1
Un poco deprimida2
Algo deprimida.....3
Muy deprimida4

71. Desde que usted salió del hospital, a alimentado su bebé

Leche materna solamente.....1
PASE A LA PREGUNTA #73
Fórmula solamente.....2
Leche materna y fórmula.....3

72. ¿Que edad tenía su bebé cuando usted comenzó a alimentar con fórmula?

_____ días _____ semanas
OR _____ meses

73. Si usted ya no amamanta, ¿Qué edad tenía su bebé cuando usted paró?

_____ días _____ semanas
 _____ meses
 Not aplicable (Todavía estoy amamantando)

74. La mayoría del tiempo, ¿cómo acostó en cama a su nuevo bebé? **CIRCULE UNA RESPUESTA**

De lado..... 1
Boca arriba..... 2
Boca abajo 3

75. **Desde que nació su último bebé**, ¿con quién puede contar para apoyo o ayuda para cosas como quehaceres, cuidado de su bebé, dinero, o ayuda con problemas? **CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLIQUEN.**

Mi esposo o pareja..... 1
El padre del bebé (si el no es su esposo o pareja) 2
Mi madre o padre / suegros 3
Mi amigo 4
Un babysitter o niño asalariado 5
Empleados de una guardería 6
Nadie..... 7
Otra persona 8
(**Por favor díganos:** _____)

18. ¿En los 6 meses antes de que usted descubrió que estaba embarazada, en promedio, cuántos cigarrillos fumó por día?

Ninguno 1
Aproximadamente un cigarrillo cada día o menos 2
Sólo pocos cigarrillos cada día (2-4) ... 3
Aproximadamente media cajetilla de tabaco cada día (5-14) 4
Aproximadamente una cajetilla de tabaco cada día (15-24) 5
Aproximadamente 1 ½ cajetillas de tabaco cada día (25-34) 6
Aproximadamente 2 cajetillas de tabaco cada día (35-44) 7
Más que 2 cajetillas de tabaco cada día (45 o más)..... 8

19. Durante los 12 meses antes de que su nuevo bebé naciera, alguna vez usted comió menos de lo que necesitaba porque no había bastante dinero para comprar alimentos?

Si..... 1
No 2

Gracias por terminar la última sección. Ahora, por favor conteste las próximas preguntas (20-62) sobre las cosas que pudieron haber sucedido DURANTE su embarazo más reciente.

20. ¿Cómo describiría el tiempo **durante su embarazo más reciente?**

Una de las épocas más felices de mi vida 1
Una época feliz con ciertos problemas 2
Una época un tanto difícil 3

Una época muy difícil.....4
Una de las épocas más difíciles de mi vida5

21. **Durante su embarazo más reciente, ¿cómo se sentía amamantando a su bebé**

Era muy importante para mi amamantar la alimentación de fórmula no era una opción.....1
Quería amamantar, pero estaba bien con la alimentación de fórmula.....2
No quería amamantar, Quería la alimentación de fórmula3
Era indecisa4

22. **Durante su embarazo más reciente, ¿cómo pasó la mayoría de su tiempo en el trabajo, la escuela, o casa (no cuente por favor su tiempo libre)? CIRCULE UNA RESPUESTA**

Sentada1
Parada2
Caminando3
Levantando (más de 25 libras)....4
Agachándose.....5

23. **¿Trabajaba afuera de su casa durante su embarazo más reciente?**

Si.....1
CONTESTE LA PREGUNTA #24
No2
CONTESTE LA PREGUNTA #25

24. ¿Cuanto tiempo le tomaba para irse a casa de su empleo _____ minutos

25. Durante su embarazo más reciente, ¿cuantos niños menores de 10 años vivían en la misma casa con usted
 _____ niños

26. Durante los últimos 3 meses de su embarazo más reciente, ¿Conque frecuencia participó en cualquier ejercicio físico por 30 minutos o más? (Por ejemplo, caminando, nadando, montar bicicleta, bailando, o trabajando en el jardín) No cuente el ejercicio que usted pudo haber hecho como parte de su trabajo regular.

- Menos de 1 día por semana 1
- 1 a 4 días por semana 2
- 5 o más días por semana 3
- Me dijo un doctor, una enfermera, o un trabajador del cuidado médico o comadrona que no hiciera ejercicio 4

27. ¿Hizo un lavado vaginal en cualquier momento durante su embarazo más reciente?

- Si 1
CONTESTE PREGUNTA #28
- No 2
PASE A LA PREGUNTA #29

28. ¿Qué frecuente usted se lavó vaginalmente (ducha) durante su embarazo más reciente?

- Todos los días 1
- 4-6 veces a la semana 2
- 2-3 veces a la semana 3
- Una vez a la semana 4
- 2-3 veces al mes o menos 5

Las siguientes preguntas (29-43) son acerca de la atención prenatal que recibió durante su embarazo más reciente. La atención prenatal incluye las consultas con el doctor, enfermera u otro trabajador de atención médica antes de que su nuevo bebé naciera para que le hicieran chequeos y le dieran consejos sobre el embarazo. Si fue a mas de un lugar para su cuidado prenatal, responda para el lugar donde recibió la mayoría de su cuidado. Le Puede ayudar si ve el calendario que le hemos proporcionado cuando usted conteste estas preguntas.

29. ¿Cuándo creyó que debería comenzar el cuidado prenatal?

- 1-3 meses de embarazo 1
- 4-6 meses de embarazo 2
- 7-9 meses de embarazo 3
- No pensé que necesitaba cuidado prenatal 4

30. ¿Recibió usted cualquier tipo de cuidado prenatal durante su último embarazo? (SIN CONTAR UNA VISITA SOLO PARA HACERSE LA PRUEBA DEL EMBARAZO.)

- Si 1
PASE A LA PREGUNTA #31
- No 2
PASE A LA PREGUNTA #43

31. ¿Recibió usted algún tipo de cuidado prenatal durante su último embarazo? (SIN CONTAR UNA VISITA SOLO PARA HACERSE LA PRUEBA DEL EMBARAZO.)

- Si 1
- No 2

61. Durante los **primeros 3 meses** de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas con alcohol tomaba en promedio de una semana?

- No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo 1
- Menos de una bebida a la semana 2
- 1 a 3 a la semana 3
- 4 a 6 a la semana 4
- 7 o más bebidas a la semana 5

62. Durante los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿aproximadamente cuántas bebidas con alcohol en promedio de una semana?

- No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo 1
PASE A LA PREGUNTA #64
- Menos de una bebida a la semana 2
- 1 a 3 a la semana 3
- 4 a 6 a la semana 4
- 7 o más bebidas a la semana 5

63. Durante los **últimos 3 meses** de su embarazo, ¿cuántas veces tomó 5 o más bebidas alcohólicas en una sola sentada?

_____ veces

Gracias por terminar la última sección. En la próxima sección, queremos saber sobre sus experiencias con su parto más reciente. Por favor, conteste las preguntas 64-67.

64. ¿Después que nació su bebé, cuantas noches se quedó con él o ella en el hospital?

_____ noche(s)

65. ¿Cómo alimentó a su bebé mientras que usted estaba en el hospital?

- Leche materna solamente 1
- Fórmula solamente 2
- Leche materna y fórmula

66. ¿Queremos saber como se sentía usted sobre el cuidado que recibió usted en el hospital durante su parto más reciente. En general, qué opina usted del hospital donde dio la luz a su nuevo bebé?

- Excelente 1
- Muy bueno 2
- Bueno 3
- Un poco mal 4
- Mal 5

67. ¿Recomendaría usted este hospital a sus amigas o familia?

- Yes 1
- No 2

(Por favor diganos las razones por que usted no la recomendaría:

Por favor, conteste las siguientes preguntas (57-59) que son sobre el fumar y el uso de drogas DURANTE su embarazo.

57. Como promedio, ¿cuantos cigarrillos fumaba usted cada día **después de que se enteró que estaba embarazada?**

- Ninguno..... 1
- Aproximadamente un cigarrillo cada día o menos 2
- Pocos cigarrillos al día (2-4) 3
- Aproximadamente media cajetilla de tabaco cada día (5-14)..... 4
- Aproximadamente una cajetilla de tabaco cada día (15-24)..... 5
- Aproximadamente 1 ½ cajetillas de tabaco cada día (25-34)..... 6
- Aproximadamente 2 cajetillas de tabaco cada día (35-44)..... 7
- Más de 2 cajetillas de tabaco al día (45 o más)..... 8

58. **Durante su embarazo más reciente, aproximadamente ¿cuantas horas al día, como promedio, estaba usted en el mismo cuarto con una persona que estaba fumando?**

_____ horas

59. ¿Usaba usted algunas de estas drogas **cuando estaba embarazada?** Por cada pregunta, ponga un círculo alrededor del **Sí** si la usó o **No** si no la usó

Si NO

- a. Medicamentos (no recetados por su doctor)..... 1 2
- b. Mota (pot, brote/retoño) o Hachís (hash) 1 2
- c. Anfetamina (drogas estimulantes, ice, speed, cristal, crack)..... 1 2
- d. Cocaína (rock, coke, rajaduro/quebradura) o Heroína (smack, horse)..... 1 2
- e. Tranquilizante (downers, ludes) o Alucinógeno (LSD/ácido, PCP/angel dust, éxtasis) 1 2
- f. Inhalantes como gasolina pegamento, laca, o otros aerosoles 1 2

Las siguientes preguntas (60-63) son sobre el consumo de alcohol. Por "alcohol" nos referimos a cualquier tipo de bebida con alcohol incluyendo cerveza, vino, licor, o una bebida mezclada con licor. Por "bebida" nos referimos a una copa de vino, una bebida con vino, una lata o botella de cerveza, un trago de licor, o una bebida mezclada.

60. ¿Ha bebido usted alguna bebida alcohólica durante su embarazo más reciente?

Si 1

CONTESTE LA PREGUNTA #61

No 2

PASE A LA PREGUNTA #64

32. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando intentó por vez primera obtener una cita para recibir cuidado prenatal? (SIN CONTAR UNA CITA SOLO PARA HACERSE LA PRUEBA DEL EMBARAZO.)

_____ semanas **O** _____ meses

33. ¿Aproximadamente cuántas semanas o meses de embarazo tenía usted cuando tuvo su primera visita para recibir cuidado prenatal? (SIN CONTAR UNA VISITA SOLO PARA HACERSE LA PRUEBA DEL EMBARAZO.)

_____ semanas **OR** _____ meses

34. ¿Qué distancia viajó (un sentido) para recibir el cuidado prenatal?

- Menos de 5 millas..... 1
- 5-14 millas 2
- 15-29 millas 3
- 30-50 millas 4
- Más de 50 millas..... 5

35. ¿Cuales fueron sus razones para ir a este doctor/clinica para cuidado prenatal? **CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLIQUEN.**

Único doctor en mi área que me aceptaría como paciente..... 1

La oficina era la más conveniente para mí 2

Seleccioné esta oficina de una lista dada a mí por mi compañía de seguros 3

Un pariente o un amigo me refirió 4

Ofrecieron servicios especializados 5

Un doctor me refirió 6

Fui a este doctor para mis embarazos anteriores 7

Otro 8

(Por favor díganos: _____)

36. ¿Qué era la raza o etnicidad del doctor que le consultó usted durante sus visitas de cuidado prenatal? *Si fue a más de un lugar para atención prenatal, conteste para el lugar donde recibió usted la mayoría de su cuidado.*

Blanco 1

Hispano/Latino 2

Afroamericano..... 3

Asiático o procedente de las islas del Pacífico 4

Otro 5

(Por favor díganos: _____)

No sé..... 6

37. En algún momento durante su embarazo más reciente o parto, ¿le hicieron un análisis de sangre para detectar el VIH (el virus que causa el SIDA)?

- Si.....1
 No.....2
 No sé.....3

38. Durante su primera o segunda cita de cuidado prenatal, ¿eran éstas parte de su visita? Para cada artículo, ponga un círculo alrededor de **Si** si le sucedió o **No** si no le sucedió.

- | | <u>Si</u> | <u>No</u> | <u>NO
SÉ</u> |
|--|-----------|-----------|------------------|
| a. Su presión arterial fue medida | 1 | 2 | 3 |
| b. Usted dio una muestra de su orina | 1 | 2 | 3 |
| c. Tomaron una muestra de sangre | 1 | 2 | 3 |
| d. Su altura y peso fueron medidos | 1 | 2 | 3 |
| e. Usted tubo un examen pélvico | 1 | 2 | 3 |
| f. Su doctor preguntó por los antecedentes de su salud | 1 | 2 | 3 |
| g. Otras cosas que le hizo el doctor/ enfermera | 1 | 2 | 3 |

(Por favor díganos:

_____)

39. ¿Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal, le habló un médico, enfermero, u otro trabajador de asistencia médica sobre cualquiera de las cosas listó abajo? Por favor cuente solamente las discusiones, no materias para leer ni los videos.

- | | <u>Si</u> | <u>No</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. La forma de fumar cigarillos durante el embarazo podría afectar a su bebé | 1 | 2 |
| b. Como la leche materna es buena para su bebe | 1 | 2 |
| c. La forma de tomar alcohol durante el embarazo podría afectar a su bebé | 1 | 2 |
| d. Como usar el cinturón de de seguridad del automóvil durante su embarazo | 1 | 2 |
| e. Los métodos anticonceptivos que puede usar después de su embarazo | 1 | 2 |
| f. Las medicinas que puede tomar con seguridad durante su embarazo | 1 | 2 |
| g. La forma de uso de drogas ilegales podría afectar a su bebé | 1 | 2 |
| h. Como hacerse exámenes para detectar enfermedades o defectos de nacimiento que haya en su familia | 1 | 2 |
| i. Que hacer si comenzaban sus dolores de parto antes de tiempo | 1 | 2 |
| j. Como hacerse una prueba de sangre del VIH (el virus que causa el SIDA) | 1 | 2 |
| k. El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a sus mujeres | 1 | 2 |

51. Durante su embarazo más reciente, ¿su esposo o pareja la empujó, golpeó, cacheteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente o de cualquier otra forma?

- Si..... 1
 No2

52. Durante su embarazo más reciente, probablemente tenía que conseguir varios servicios. Estos servicios pueden haber incluido visitas a la clínica, visitas a doctor o enfermera, aplicaciones para seguro de salud, aplicaciones para Medi-Cal, o ayuda para un problema familiar. ¿Alguna vez, se sentía que los proveedores de estos servicios la trataron injustamente?

- Si..... 1
 No2

CONTESTE PREGUNTA #53

PASE A LA PREGUNTA #54

53. En su opinión, ¿cual fue la razón por la cual la trataron injustamente? CIRCULE TODAS LAS RESPUESTAS QUE APLIQUEN.

- Edad 1
 Raza o grupo étnico2
 Idioma/acento3
 Salud o incapacidad4
 Peso del cuerpo.....5
 Tipo de seguro.....6
 Nivel económico7
 Religión.....8
 Orientación sexual.....9
 Genero/sexo10
 Estado migratorio11
 Estado civil.....12
 Alguna otra razón13
 (Por favor díganos:_____)

54. Para dos semanas o más durante su embarazo más reciente

YES NO

- a. Se sentía triste o deprimida por un gran parte del día1.....2
 b. Perdió el interés en muchas cosas, como trabajar, pasatiempos, u otras cosas que normalmente disfrutaba.....1.....2

55. Durante su embarazo más reciente, ¿le diagnosticaron una enfermedad mental (por ejemplo, depresión, esquizofrenia, etc)?

- Si.....1
CONTESTE LA PREGUNTA #56
 No.....2
PASE A LA PREGUNTA #57

56. Durante su embarazo más reciente, ¿recibió medicación o asistencia psicológica para esta enfermedad mental?

- Si1
 No.....2

48. ¿Durante su embarazo más reciente, recibió usted cualquiera de los siguientes servicios? Para cada artículo, ponga un círculo alrededor del **Sí** si recibió el servicio o **No** si no la recibió.

Si **NO**

- a. Dinero para comprar comida, estampillas para alimentos, o cupones para WIC..... 12
- b. Ayuda para un problema de alcohol o drogas..... 12
- c. Ayuda para reducir la violencia en su hogar..... 12
- d. Información sobre asesoría para problemas personales y familiares 12
- e. Ayuda para dejar de fumar..... 12
- f. Ayuda o información sobre cómo darle pecho al bebé..... 12
- g. Otro servicio 12
(**Por favor díganos:**
_____)

49. **¿En resumen, estaba satisfecha con el apoyo que le daba el padre de su bebé durante su embarazo más reciente?**

- No estaba satisfecha 1
- Un poco descontenta 2
- Un poco satisfecha 3
- Muy satisfecha 4
- No aplicable 5

En la siguiente sección, quisiéramos saber sobre los problemas que pudieron haber ocurrido DURANTE su embarazo. Por favor responda a las preguntas 50-56.

50. ¿Tuvo algunos de estos problemas durante su embarazo más reciente? Por cada pregunta, ponga un círculo alrededor del **Sí** si tuvo el problema o **No** si no la tuvo.

Si **NO**

- a. Contracciones (dolores de parto) Más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (parto prematuro)..... 1 2
- b. Alta presión sanguínea (incluida la preeclampsia o toxemia) o retención de agua (edema) 1 2
- c. Sangramiento vaginal..... 1 2
- d. Problemas con la placenta (como placenta abrupta o placenta previa) 1 2
- e. Severas náuseas, vómitos o deshidratación 1 2
- f. Alto nivel de azúcar en la sangre (diabetes)..... 1 2
- g. Infección de riñón o vejiga (infección de las vías urinarias)..... 1 2
- h. Rotura de fuente más de 3 semanas antes de la fecha programada del parto (ruptura prematura de membranas, PROM)..... 1 2
- i. Le cosieron el cuello del útero para cerrárselo (insuficiencia cervical, cerclage)..... 1 2
- j. Tuvo una lesión en un accidente de coche..... 1 2
- k. Tuvo la enfermedad inflamatoria de la pelvis 1 2
- l. Tuvo una infección vaginal o enfermedad de transmisión sexual como chlamidia, gonorrea, virus de papiloma humana (VPH), herpes, trichomoniasis, Vaginitis Bacterial, o Estreptococo del grupo B 1 2

PREGUNTA 39 CONTINUADA

Si **NO**

- l. Tipos de alimentos que debe comer Durante su embarazo..... 12
 - m. No tocar su boca ni sus ojos mientras prepare carne cruda, lavarse las manos después del contacto con heces de gato, no dar a los gatos alimentos de carne cruda o carne poco cocida..... 12
 - n. Cantidad apropiada de peso que debe ganar 12
- (CUÁNTAS LIBRAS FUERON RECOMENDADAS?)**
_____ Libras **O** _____ Kilos)
- o. Otros asuntos..... 12
(**Por favor díganos:**
_____)

40. ¿Nos gustaría saber cómo se sentía sobre el cuidado prenatal que usted obtuvo durante su embarazo más reciente. Si usted fue a más de un lugar para el cuidado prenatal, conteste para el lugar donde usted obtuvo la mayor parte de su cuidado. Por favor díganos si usted estuvo satisfecha con lo siguiente:

Si **NO**

- a. La localización de la oficina 12
- b. Lo avanzado del equipo médico..... 12
- c. La limpieza de la oficina o de la clínica medica..... 12
- d. Las habilidades técnicas de su doctor o comadrona 12
- e. El respeto que le demostraron las enfermeras 12
- f. El respeto que le demostraron las recepcionistas..... 12

- g. Cuanto tiempo esperó usted para ver a su doctor o partera cuando usted tenía una cita 12
- h. Que cómoda el doctor o enfermera/comadora la hizo sentir 12
- i. Que completos fueron sus exámenes físicos 12
- j. La comodidad del cuarto de espera..... 12
- k. La preocupación que las enfermeras le demostraron 12
- l. La preocupación que las recepcionistas le demostraron ... 12
- m. Que fácil fue conseguir cuidado prenatal en su embarazo (es decir, antes del cuarto mes)..... 12
- n. Lo atractivo de la oficina..... 12
- o. Qué cómoda las enfermeras le hicieron sentirse 12
- p. Qué cómoda las recepcionistas le hicieron sentirse 12
- q. El tiempo programado para su primera visita y el día de su primera visita 12
- r. Qué tan bien le explicaron su doctor o comadrona Los procedimientos que le hicieron a Ud 12
- s. Qué tan eficiente era el personal para hablar con Ud. sobre los alimentos que debería durante su embarazo 12
- t. El respeto que su doctor o comadrona le demostraron 12
- u. El horario que la oficina/clínica estaba abierta..... 12

PREGUNTA #40 CONTINUADA

- | | <u>Si</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| v. Lo conciente que su doctor - o comadrona le demostraron 12 | | |
| w. El ambiente en el cuarto de espera..... 12 | | |
| x. La utilidad de los consejos que usted recibió de su doctor o comadrona en cómo mantenerse a Ud. y a su bebé sanos durante el embarazo 12 | | |
| y. Si el cuidado proporcionado era igual para todos los pacientes, sin importar cómo pagaron su asistencia médica 12 | | |

41. ¿En general, estuvo satisfecha con la atención prenatal que recibió?

Si 1

PASE A LA PREGUNTA #43

No 2

CONTESTE LA PREGUNTA #42

42. ¿Hizo algunas de las siguientes cosas porque no estaba satisfecha?

Solo reclamé 1

Cambié de doctor u oficina 2

Solicite menos atención/dejé de solicitar la atención 3

Quería cambiar de doctor/oficina o solicité menos atención /dejé de solicitar la atención. No lo hice porque realmente quería la atención prenatal 4

Quería cambiar de doctor/oficina o solicitaba menos atención/dejé de solicitar la atención. No lo hice porque fue demasiado difícil encontrar otro doctor 5

Otro 6

(Por favor díganos: _____)

43. Esta es una lista de los problemas que algunas mujeres pueden tener en solicitar la atención prenatal o razones por las cual las mujeres no reciben la atención prenatal. Por cada pregunta, ponga un círculo alrededor del **Si** para indicar un problema o razón o **No** si no lo fue.

- | | <u>Si</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. No tenía suficiente dinero o seguro médico para pagar por las consultas 1 2 | | |
| b. Tuve problemas para encontrar un lugar que aceptara mi seguro o Medi-Cal 1 2 | | |
| c. No sabía a dónde ir para recibir cuidado prenatal 1 2 | | |
| d. Tuve problemas para poderme comunicar por teléfono y hacer una cita 1 2 | | |
| e. No tenía cómo transportarme a la clínica o al consultorio medico 1 2 | | |
| f. No había nadie para cuidar a mis hijos 1 2 | | |
| g. Tenía demasiados otros problemas que resolver 1 2 | | |
| h. No podía salir de mi empleo 1 2 | | |
| i. El doctor o mi plan de salud no daban servicios temprano 1 2 | | |
| j. No quería que ninguna persona supiera que estaba embarazada 1 2 | | |

PREGUNTA #43 CONTINUADA

- | | <u>Si</u> | <u>NO</u> |
|--|-----------|-----------|
| k. No sabía que estaba embarazada 1 2 | | |
| l. Barreras del idioma 1 2 | | |
| m. ¿Algún otro problema para recibir cuidado prenatal? 1 2 | | |

(Por favor díganos:

_____)

44. ¿Aparte de un doctor o una enfermera, consultó otra persona para consejos de salud sobre su embarazo?

Si 1

CONTESTE LA PREGUNTA #45

No 2

PASE A LA PREGUNTA #46

45. ¿A quién consultaba para consejos de salud sobre su embarazo? MARQUE TODAS LAS RESPUESTAS QUE SE APLIQUEN.

Acupunturista 1

Yerberero, naturista, botánico 2

Curandero aparte de su doctor 3

Espiritista 4

Comadrona 5

Farmacéutico 6

Familiar o amigo 7

Otra persona 8

(Por favor díganos:

_____)

46. ¿Participó en alguna tradición cultural o religiosa en relación con su embarazo (por ejemplo evitando comer o no comer comidas especiales, participó o evitó actividades especiales, etc)?

Si 1

(Por favor díganos:

No 2

47. Durante su embarazo más reciente, ¿pudo haber recibido la ayuda anotada en la lista de abajo **si la necesitaba**? Por cada pregunta, ponga un círculo alrededor del **Si** si podía tener la ayuda si la necesitaba o **No** si no la pudo obtener.

- | | <u>Si</u> | <u>NO</u> |
|---|-----------|-----------|
| a. Alguien quien me prestara dinero 1 2 | | |
| b. Alguien quien me ayudara si estuviera enferma y necesitaba quedarme en cama 1 2 | | |
| c. Alguien quien me escuchara sobre mis problemas 1 2 | | |
| d. Alguien quien me llevara a la clínica o al consultorio medico si necesitaba transporte 1 2 | | |
| e. Alguien quien me ayudara con las cosas que tenía que hacer (recados, quehaceres, cuidado del niño) 1 2 | | |
| f. Alguien quien me diera consejos o información or information 1 2 | | |